

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N^o

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juin 1891, à 1 heure

Par ANDRÉ RASCOL,

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 7 février 1867.

Ancien externe des hôpitaux,

Licencié ès sciences naturelles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

THYRÔÏDITES INFECTIEUSES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. { TERRILLON, professeur.
KIRMISSON et SEGOND, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juin 1891, à 1 heure

Par ANDRÉ RASCOL,

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 7 février 1867.

Ancien externe des hôpitaux,

Licencié ès sciences naturelles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

THYROÏDITES INFECTIEUSES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. { TERRILLON, professeur.
{ KIRMISSON et SEGOND, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. A. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WFISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES MAÎTRES.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

A MONSIEUR GÉRARD MARCHANT,

Chirurgien des Hôpitaux.

CHER MAITRE,

Permettez-moi de vous dédier ce travail
comme gage de ma profonde reconnaissance pour tous les bienfaits que
j'ai reçus de vous.

A. R.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales, il nous est doux d'adresser l'expression de notre profonde gratitude à tous nos maîtres dans les hôpitaux. Nous adressons en particulier nos plus vifs remerciements à MM. Barth, Sevestre et Maygrier pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné durant le temps que nous avons été leur élève.

Nous prions M. le professeur Lannelongue d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

MM. Nicaise, Duguet et Kirmisson ont bien voulu faciliter notre tâche en nous communiquant les documents qui nous étaient nécessaires; nous les remercions de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

THYROÏDITES INFECTIEUSES

INTRODUCTION

On divise les thyroïdites en traumatiques et spontanées; les premières reconnaissant une cause externe, le traumatisme, auquel se joint bientôt l'infection; les secondes tenant d'une cause interne, liées à une maladie infectieuse.

L'histoire de cette deuxième variété est encore à l'état d'ébauche. En effet, dans la plupart des observations recueillies jusqu'à ces trente dernières années environ, la cause en est restée le plus souvent inconnue. On mettait le plus grand nombre de ces affections sur le compte du refroidissement. On n'avait pas encore saisi les rapports existant entre la

thyroïdite, maladie considérée alors comme purement locale et les diverses maladies générales ou infectieuses auxquelles elle était en réalité associée.

Avant Bauchet qui publia un mémoire important sur cette question (*Gazette hebdomadaire*, 1857), on trouve bien quelques observations éparses se rapportant à ce sujet, mais c'est à lui que revient le mérite d'avoir publié un travail d'ensemble sur ces thyroïdites auxquelles il donna le nom de « goîtres aigus ».

Depuis Bauchet, les travaux se sont multipliés et un certain nombre d'observations sont venues démontrer cliniquement les relations existant entre la maladie générale et l'inflammation thyroïdienne.

Nous n'insisterons pas sur cette période de l'histoire des thyroïdites, période qu'on pourrait appeler à juste titre période clinique. Les divers faits qui s'y rattachent sont exposés dans le remarquable mémoire de Charvot (1). Broca (2), dans son article tout récent du *Nouveau traité de chirurgie*, fait un historique détaillé de la question.

Disons seulement que, jusqu'à ces derniers temps, ce fut par le sens clinique seul que l'on établit des relations entre l'affection locale et la maladie générale, et Charcot dans son mémoire, qui cependant est de date récente, dit à propos de la thyroïdite

(1) Charvot. *Etude clinique sur les goîtres sporadiques infectieux*. *Revue de chirurgie*, 1890.

(2) *Traité de chirurgie*, t. V, 1891.

typhique : « Si l'on veut creuser plus profondément le problème et fixer la pathogénie des goitres aigus apparaissant au cours de la fièvre typhoïde, on se trouve en face d'obscurités où l'histologie seule pourra faire le jour. Il faudrait en effet, pour lever tous les doutes, que le microscopé montrât dans la trame de la glande thyroïde enflammée, dans le pus issu de sa fonte purulente, le microbe typhique, le bacille d'Eberth ou de Klebs. »

Cette démonstration de la nature microbienne des thyroïdites survenant dans le cours, non seulement de la dothiéntérie, mais d'un certain nombre d'autres maladies infectieuses a été faite. L'histoire des thyroïdites infectieuses entre dans une troisième période à laquelle il serait rationnel de donner le nom de période bactériologique.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La plupart des infections générales connues peuvent se localiser sur le corps thyroïde, pour déterminer l'inflammation de cette glande.

Elle a été observée par Guthrie, Kocker, Wölfer, G. Marchant dans l'infection purulente. Lücke la signale comme complication des lésions utérines avec sécrétions infectieuses. Deux cas de thyroïdite puerpérale ont été communiqués par Laure et Fochier à la Société des Sciences médicales de Lyon (janvier 1873) ; une autre observation prise par Tarnier est citée dans le *Traité des accouchements* de Cazeaux. Nous rapportons deux observations de thyroïdite à la suite de couches.

Dans le domaine purement médical, nous trouvons des exemples encore plus variés de ces inflammations secondaires du corps thyroïde.

Les thyroïdites typhiques ont donné lieu à d'innombrables travaux et sont peut-être celles qui ont été le mieux étudiées jusqu'ici. Liebermeister en 1878, Lebert, Hoffman, Griesinger, Kocker en ont cité des exemples. Lücke, dans la pathologie de Pitha et Billroth, signale également cette complication. En Amérique, Louis Starr a publié une observation

sous le titre de *Cure spontanée d'un goitre à la suite d'une fièvre typhoïde* (*Philadelphia medical Times*. 1878). En France, Galtier (1), Pinchaud (2), dans leur thèse inaugurale, Forgue (*Archives de médecine militaire*, 1886) retracent l'histoire clinique de malades atteints de thyroïdite au cours d'une fièvre typhoïde. Nous en rapportons un cas observé par M. le docteur Kümmer.

On a noté des thyroïdites rhumatismales (Kocker, Zoniowith, Charvot) ; or bien des pathologistes actuels considèrent le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie infectieuse.

On en a observé dans le paludisme (Smith Barton, Osiander, Francisco Greco, Castellan, Charvot) ; on en a signalé plus rarement dans la variole (Liouville), la diphtérie (Wicke), les oreillons (Servier).

Nauwerck avait signalé une thyroïdite à la suite d'une pneumonie. Il nous a été donné d'observer dans le service de M. le docteur Gérard Marchant une de ces thyroïdites postpneumoniques. Elles rentrent dans le cadre de ces phénomènes que l'on désignait autrefois sous le nom de phénomènes critiques et qui ne sont en réalité que des infections secondaires.

On a rapporté un cas de thyroïdite survenue à la suite du choléra ; mais ce fut six semaines après

(1) Galtier. *De la thyroïdite aiguë primitive*. Th. de Paris, 1881.

(2) Pinchaud. *Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde*. Th. de Paris, 1881.

que le malade eût été renvoyé guéri que les premiers symptômes se manifestèrent, si bien que Cruveilhier les mit plutôt sous la dépendance d'un rhumatisme.

La thyroïdite spontanée semble donc être le plus souvent de nature infectieuse. Les causes déterminantes externes, telles que le refroidissement, sont dès lors reléguées au second plan. Kocker a développé cette idée dans un mémoire où il met cette inflammation en parallèle avec l'ostéomyélite aiguë. En 1883, Wölfler en a fait la démonstration en trouvant des microbes dans le pus d'abcès développés dans la trame du tissu du corps thyroïde (1).

Nous venons en donner une nouvelle preuve dans nos observations. Dans toutes, l'examen bactériologique a été fait et nous avons pu nous convaincre que la suppuration était due à la présence de germes pathogènes divers.

Nous savons que la propriété de provoquer dans l'organisme une réaction aboutissant à la formation du pus n'est pas l'apanage exclusif de quelques bactéries (2). Presque toutes sont capables, dans certaines conditions, d'exercer une action pyogène. Aussi a-t-on trouvé dans le pus des thyroïdites de nombreuses variétés de ces micro-organismes. Tantôt on a rencontré les microbes ordinaires de la suppuration ; tantôt le microbe de l'infection initiale pur ou associé aux agents pyogènes vulgaires. Dans

(1) Broca. *Traité de chirurgie*, 1891.

(2) Roger. *De la suppuration*. *Revue de chirurgie*, 1891.

tous les cas que nous rapportons, on constate l'existence du microbe qui avait causé l'infection initiale.

Le streptococcus pyogenes produit les formes cliniques diverses et les lésions les plus variées de l'infection puerpérale ; c'est lui que nous trouvons dans nos deux thyroïdites survenues à la suite de couches ; dans la première même probablement associé au germe de la septicémie. Dans les deux cas, la porte d'entrée avait été fournie par une hémorrhagie *post partum*.

Dans les cas de thyroïdite concomitante à une ostéomyélite, l'examen bactériologique a démontré la similitude des microbes trouvés dans les foyers ostéomyélitiques et dans l'abcès thyroïdien ; partout on a trouvé le staphylococcus pyogenes aureus que l'on sait provoquer le plus souvent les phénomènes d'inflammation et de suppuration dans les diverses variétés d'ostéomyélite.

Le bacille typhique amène plus rarement la suppuration. Cependant, dans certaines circonstances, on ne peut nier son influence. Dans l'observation de thyroïdite typhique que nous avons empruntée au mémoire de MM. Kümmer et Tavel (1), ni les cultures, ni l'examen microscopique n'ont pu faire découvrir d'autres micro-organismes pour expliquer l'inflammation et la suppuration de ce kyste du corps thyroïde. Force est donc d'admettre le rôle étiologique du bacille typhique trouvé.

(1) Kümmer et Tavel, *Revue de chirurgie*, 1891.

Les cas de suppuration causés par le bacille d'Eberth sont d'ailleurs plus nombreux qu'on ne le suppose d'abord. On a signalé des péritonites, des abcès divers, des pleurésies purulentes à bacille spécifique ; il y a quatre ans, M. Tavel a examiné un cas d'orchite typhique dans lequel il n'y avait que des bacilles du typhus. Il les a trouvés d'autres fois encore dans des thyroïdites survenues soit dans le cours de fièvres typhoïdes diagnostiquées, soit dans des états fébriles mal déterminés et de nature incertaine. On a même signalé des cas d'ostéomyélite consécutive à la dothiéntérie où l'on a constaté la présence du bacille d'Eberth. On est donc forcé d'admettre chez l'homme l'action pyogène de ce bacille démontrée d'ailleurs expérimentalement chez les animaux par Colzi. D'après Buchner, cette action pyogène des bacilles typhiques reposerait sur la propriété de la protéine du bacille, d'attirer les leucocytes.

Dans notre première observation, nous relatons l'histoire d'une thyroïdite postpneumonique. Nous avons pu constater nous-même l'existence du pneumocoque dans des préparations et des cultures. Il était absolument pur et n'était associé à aucun des microbes vulgaires de la suppuration. C'était bien donc une thyroïdite suppurée à pneumocoques à laquelle on avait affaire. De même, dans l'observation de M. Duquet, on ne constatait que le bacille de Frœnkel,

(1) Galand, *De la parotidite à pneumocoques*. Th. de Paris, 1891.

dans cette suppuration de la région thyroïdienne consécutive à la grippe.

Ces suppurations dues au pneumocoque sont d'ailleurs bien connues maintenant. Galand (1) vient de retracer dans sa thèse l'histoire de la parotidite pneumococcique. De son côté, M. le professeur Lannelongue (1) a fait au dernier congrès de chirurgie une communication sur les diverses sortes d'ostéomyélites considérées au point de vue bactériologique; nous y retrouvons deux exemples d'ostéomyélites à pneumocoques. Dans son intéressante thèse, Boulay (2) a fait un relevé complet de ces affections peu connues autrefois. Indépendamment des séreuses qui sont le plus souvent atteintes par le bacille de Frœnkel, Boulay signale des otites, des néphrites, des amygdalites, des entérites, des hépatites, des parotidites, des métrites même à pneumocoques. Mais nous n'y avons pas vu signalé un seul cas de thyroïdite pneumococcique. Nos observations nous paraissent être les premières publiées à ce sujet et la thyroïdite devra dorénavant être ajoutée au nombre déjà considérable des variétés nosologiques qui sont sous la dépendance du pneumocoque de Talamon-Frœnkel.

Ainsi donc le streptococcus, le staphylococcus, le pneumocoque, le bacille d'Eberth ont provoqué des thyroïdites suppurées. Il ne faudrait pas en conclure que ces microbes seuls peuvent donner lieu à ce

(1) Lannelongue. *Congrès de chirurgie*, 1891.

(2) Boulay. *Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche*. Th. de Paris, 1891. }

processus inflammatoire. Bien d'autres cas ont, sans doute, passés inaperçus où la suppuration était due à la présence d'autres agents infectieux. On sait très bien que le bacille de Koch peut infecter le corps thyroïde et provoquer là, comme dans les autres organes, une réaction inflammatoire, associé d'ordinaire aux microbes vulgaires de la suppuration. Telle thyroïdite survenant dans le cours d'une fièvre intermittente, dont elle peut même quelquefois remplacer un accès, est probablement due à la présence de ce micro-organisme que Laveran vient de décrire sous le nom d'hématozoaire et qui est encore fort peu connu. De même, les thyroïdites rhumatismales, varioliques, ourliennes sont peut-être produites par des agents pathogènes dont on ne connaît pas encore la nature. La science fait tous les jours des progrès à ce sujet, et l'époque n'est peut-être pas éloignée où l'on sera fixé à cet égard.

Mais il ne suffit pas de dire et de montrer que ces thyroïdites sont produites par l'action d'un agent infectieux. Il faut encore se demander pourquoi les microbes ont élu domicile dans la glande, pourquoi ils s'y sont développés, enfin, comment les tissus ont réagi sous leur influence.

Or, dans la plupart de nos observations, dans la plupart de celles que nous avons trouvées dans les auteurs, nous avons remarqué que l'infection était favorisée par certaines causes prédisposantes.

Le sexe a peut-être une certaine influence, la femme étant plus sujette que l'homme à la thyroïdite

à cause des congestions répétées auxquelles la glande est soumise aux époques cataméniales ou pendant la grossesse. Mais encore cette action prédisposante ne peut-elle se manifester que pendant la vie sexuelle de la femme.

Une autre prédisposition que l'on doit mettre au premier rang et qui, pour nous, prime tout, est la préexistence d'un goitre. Nous laissons de côté, bien entendu, l'idée d'une graine goitrigène prédisposant à l'afflux de germes dans un corps thyroïde sain jusque-là. Cette idée n'est jusqu'ici qu'une pure hypothèse. Nous ne voulons parler que de l'existence manifeste d'un goitre antérieur. Or cette préexistence a été notée par beaucoup d'observateurs, nous la retrouvons dans la plupart de nos observations, soit que le goitre existât encore au moment où l'affection a débuté, soit que les malades en aient présenté d'une façon plus ou moins passagère les signes à une époque plus ou moins éloignée. Peut-être même cette remarque serait-elle plus constante encore si les cliniciens avaient toujours pris le soin de noter, dans l'histoire de leurs malades, le lieu de leur naissance et leurs antécédents héréditaires et personnels.

Dans les cas où l'on constate une première atteinte de goitre, surtout lorsqu'il persiste encore un moignon goitreux plus ou moins développé, il est facile d'expliquer, avec les données scientifiques actuelles, l'arrêt et la pullulation des microbes à ce niveau. Depuis Hippocrate on sait avec quelle facilité les infections générales se localisent au point faible de

l'organisme. A l'état normal l'homme n'est pas un milieu bien favorable aux microbes pyogènes ; pour que ceux-ci se développent, il faut généralement que la résistance des tissus diminue soit par suite d'une modification de l'état général de l'organisme, soit par suite d'un traumatisme ou d'une altération locale. Tout le monde se rappelle la célèbre expérience de Chauveau, dans laquelle ce savant a fait voir que l'opération du bistournage, suivie de l'injection intra-veineuse de la septicémie gangréneuse, permet au microbe de se développer dans le testicule. La pathologie nous en offre de très nombreux exemples : pour n'en citer qu'un des plus récents, signalons la communication de M. le professeur Panas (1), au dernier congrès de chirurgie, au sujet d'un angiome encapsulé et suppuré de l'orbite dans le cours d'une dothiéntérie. L'examen bactériologique du pus décèle la présence du bacille d'Eberth. Là, la thrombose constituait une condition éminemment favorable au développement de la suppuration typhique.

Dans le cas qui nous occupe, non seulement nous trouvons un état général mauvais, mais l'existence d'un goître fait encore du corps thyroïde un lieu de moindre résistance. Les germes y trouvent un terrain tout préparé pour leur développement. Les vaisseaux sont dilatés, la circulation est ralentie, tout, en somme, contribue à faire de l'organe lésé un endroit propice à la prolifération des germes.

(1) Panas. *Congrès de chirurgie*, 1891.

Aussi en examinant la tumeur après extirpation, trouve-t-on les fentes de son tissu et les voies lymphatiques gorgées de microbes. Sous leur influence, la phagocytose devenant impuissante, la fonte purulente du tissu de l'organe se fait. Le pus siège d'abord dans les seules travées conjonctives ; puis il se collecte en un ou plusieurs foyers qui ne tardent pas le plus souvent à communiquer entre eux. Plus tard les travées sont détruites et les lobes glandulaires isolés se nécrosent au milieu du pus. C'est en somme un véritable abcès qui se forme, aussi préférons-nous voir donner à cette variété de thyroïdites le nom d'abcès thyroïdien, plutôt que celui de goitre aigu que lui avait donné Bauchet.

Mais, dans certaines circonstances, l'envahissement microbien ne se fait pas de la même manière. Dans le cas qui nous est fourni par l'observation de M. Duguet, il est difficile de dire si la suppuration causée par le pneumocoque s'est faite primitivement dans le corps thyroïde ou simplement autour de lui dans la région parathyroïdienne. Mais, même en admettant cette dernière hypothèse, nous n'hésitons pas à faire rentrer ce cas dans notre cadre. Il est, en effet, permis de supposer que la glande en butte aux attaques des pneumocoques a laissé le soin de réagir au tissu cellulaire environnant. Il se produirait quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans ce qu'on décrit habituellement sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse. Dans ce cas, en effet, l'abcès se forme presque toujours non pas dans le tissu propre

de l'amygdale, mais autour d'elle, dans la loge périamygdalienne, à sa partie supérieure et externe.

Enfin, quelquefois ces suppurations sont plutôt le fait d'une simple prorogation que d'une infection proprement dite. Elles sont alors plus diffuses, ne sont pas circonscrites au corps thyroïde, mais occupent toute la région thyroïdienne. Un exemple nous en est fourni dans l'observation communiquée par M. Lannelongue, où l'abcès thyroïdien accompagne une ostéomyélite du maxillaire inférieur,

SYMPTOMES ET MARCHE

Il est quelques cas où le début de la thyroïdite coïncide presque avec celui de la maladie à laquelle elle est associée ; c'est l'exception.

D'ordinaire, c'est au déclin de la maladie primitive, alors que le malade paraît guéri, que se déclare cette affection.

Chez la première de nos malades, qui avait été atteinte de pneumonie, les phénomènes thyroïdiens se manifestèrent trois semaines environ après le début de cette pneumonie, c'est-à-dire en pleine convalescence ; chez une autre, chez qui la thyroïdite se manifesta à la suite de couches, ce fut cinq semaines après l'accouchement. Cette époque, habituellement tardive du début, est très intéressante à noter ; sa notion peut être très utile pour le diagnostic.

Ce début peut-être brusque : sans que rien en explique la cause, les malades sont pris d'un violent frisson, la température s'élève, puis la région thyroïdienne commence à enfler, devient douloureuse à la pression et ces douleurs s'irradient souvent aux régions environnantes.

Dans d'autres cas, la thyroïdite s'établit d'une

façon insidieuse ; le cou grossit d'abord, ce n'est que plus tard qu'apparaissent la douleur et la fièvre.

Ce développement exagéré du cou ne se produit pas d'une façon uniforme. Le plus souvent, un lobe seul du corps thyroïde est pris d'abord, et la tuméfaction répond au côté atteint. Plus tard, l'autre lobe ou l'isthme peuvent être atteints séparément ou simultanément.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation ne reste pas longtemps circonscrite au tissu du corps thyroïde, l'atmosphère celluleuse environnante ne tarde pas à être envahie. Les malades se plaignent de douleurs spontanées par élancement, augmentées par le moindre contact. Ces douleurs s'exagèrent par les mouvements du cou et de la tête ; ces mouvements sont difficiles ; tantôt les malades ont de l'opisthotonos, tantôt, au contraire, l'extension étant trop douloureuse, ils fléchissent la tête, appuyant parfois le menton sur les mains.

A l'inspection, on constate, pour peu que la tuméfaction soit assez considérable, que le muscle sterno-cleido-mastoïdien du côté correspondant est soulevé et la carotide déjetée en arrière. Quand on ordonne au malade de faire des mouvements de déglutition, on voit la tumeur suivre le larynx dans ses mouvements d'ascension et de descente. Parfois des battements isochrones aux pulsations de la carotide soulèvent la tumeur, au travers de laquelle se transmettent les bruits carotidiens qui n'ont pas le caractère de souffles anormaux. La peau devient rouge, puis vio-

lacée, livide. Les veines de la région sont gonflées.

La palpation révèle que la peau, d'abord mobile sur les parties profondes, est devenue adhérente. On constate parfois, par le simple contact de la main une élévation de la température locale.

Une palpation méthodique permet le plus souvent de circonscrire nettement la tumeur et d'apprécier son volume qui peut être variable, mais atteint le plus souvent celui d'un gros œuf de poule. Mais, dans certains cas, cette délimitation est impossible, la tumeur se prolongeant en bas derrière le sternum ou la clavicule. Chez une des malades de M. Kümmer, elle ployeait derrière la clavicule et produisait de la matité jusqu'au point d'insertion de la deuxième côte.

Cette tumeur offre une fixité remarquable aux parties profondes; les mouvements de latéralité qu'on lui imprime se transmettent fort bien à la trachée et au larynx.

Le plus souvent, elle est de consistance dure, tantôt lisse et régulière, tantôt offrant au contraire à sa surface une certaine irrégularité. De plus, sur certains points, surtout sur les parties saillantes, elle peut être dépressible, fluctuante.

La tuméfaction peut être unique, siéger sur un seul point du corps thyroïde, ou au contraire être double, les caractères des deux tumeurs n'étant généralement pas absolument identiques.

Dans les cas où c'est le tissu parathyroïdien qui est enflammé plutôt que la glande elle-même, les

phénomènes sont un peu modifiés. La tuméfaction est plus diffuse, ses contours sont moins nets et les mouvements de déglutition n'amènent aucune modification dans la position de la tumeur, preuve que celle-ci ne fait pas partie intégrante du corps thyroïde.

Quoiqu'il en soit, les phénomènes généraux ne sont pas à ce moment très accentués ; il y a bien de l'inappétence, de la céphalalgie, mais la fièvre ne dépasse guère 39°.

A ce moment, la thyroïdite peut présenter deux formes distinctes au point de vue de l'évolution. La poussée peut ne pas dépasser la période phlegmoneuse, et après un engorgement assez tenace du tissu cellulo glandulaire se terminer par résolution complète. Une observation de Forgue, résumée dans le mémoire de Charvot (1), est le type de ce mode de terminaison ; dans ces cas, quelquefois, la thyroïdite, au lieu de s'établir d'emblée, n'arrive à complet développement que par une série de poussées inflammatoires successives.

Dans certains cas, cette résolution n'est pas complète et il persiste dans la glande quelques noyaux indurés qui restent indéfiniment ou ne disparaissent que longtemps après.

Mais le plus souvent, la suppuration ne tarde pas à s'annoncer par des symptômes qui n'ont ici rien de spécial. Cette suppuration est la règle dans toutes

(1) Charvot. *Revue de chirurgie*, 1890.

nos observations et dans la plupart de celles contenues dans la thèse de Pinchaud et le mémoire de Charvot. Les douleurs deviennent plus profondes ; la fièvre augmente, avec de petits frissons irréguliers. Le gonflement œdémateux de la peau s'accroît et s'étend, surtout du côté de la région hyoïdienne. La fluctuation s'établit lentement et est souvent difficile à percevoir. Il est rare que le pus se fasse jour spontanément à l'extérieur ; les malades ne lui en laissent généralement pas le temps ; ils viennent réclamer l'intervention du chirurgien, pressés qu'ils sont par des complications, tenant d'un ordre purement local, qui ne tardent pas à survenir. Ces complications relèvent de phénomènes de compression de la trachée ou des organes voisins.

C'est le plus souvent une certaine gêne de la respiration, de la dyspnée ; quelquefois même ce sont de véritables accès de suffocation qui se produisent et mettent ainsi la vie du malade en danger. Dans notre deuxième observation, nous trouvons un exemple caractéristique de cette dyspnée extrême causée par un phlegmon parathyroïdien.

La plupart des auteurs ont noté la raucité de la voix par compression des récurrents. Dauchet conteste ces troubles de phonation. Dans nos observations, nous n'avons pas trouvé d'altérations du côté de la voix et l'examen laryngoscopique qui a été fait deux fois n'a rien révélé d'anormal du côté des cordes vocales.

Enfin, des complications plus rares seraient une

parésie du bras par compression du plexus brachial, et les nausées et les vomissements qu'Hardy explique par l'irritation du pneumogastrique.

Si le chirurgien n'intervient pas, le pus continuant sa migration vers la peau, celle-ci ne tarde pas à s'amincir et à se perforer. Le pus qui s'écoule est tantôt louable, tantôt fétide et sanguinolent, quelquefois il est mélangé de gaz, dus, d'après Bouchet, au voisinage de la trachée, mais peut-être dus, dans certains cas, au sphacèle qui suit la suppuration, quand elle est restée ignorée ou non traitée.

Plus rarement, le pus se fraye une voie vers les parties profondes, et, après avoir détruit les cartilages de la trachée ou du larynx, fait irruption dans les voies aériennes. Une observation de Laveran (1) est un type accompli de ce genre de terminaison. Ce mode d'évacuation est généralement précédé d'accès de suffocation, puis les malades crachent tout à coup du pus en grande quantité, mêlé d'un peu de sang. Ils sont aussitôt soulagés. L'expectoration purulente persiste habituellement, mais en bien moins grande abondance, pendant quelques jours, puis cesse complètement et la guérison se fait rapidement. Ou bien, au contraire, les malades succombent pendant un violent accès de suffocation.

Ce sont là les symptômes et la marche des thyroïdites infectieuses, considérées à un point de vue d'ensemble. Il est inutile d'insister sur l'influence

(1) Charvot. *Revue de chirurgie*, 1890.

que peut avoir sur eux l'état général du sujet, la nature de la maladie antérieure ou concomitante, l'intégrité ou l'altération antérieure du corps thyroïde. C'est ainsi que les thyroïdites survenant dans des glandes saines sont moins sujettes à suppurer que celles survenant dans des glandes malades. Dans un autre ordre d'idées, le rhumatisme, le paludisme impriment à la marche des abcès thyroïdiens une allure spéciale. Par exemple, une observation du docteur Bernardy (mémoire de Charvot) (1) nous montre une thyroïdite rhumatismale sous un jour tout particulier. Dans ce cas, en effet, l'infection rhumatismale, en se localisant sur la glande thyroïde, y garda ses allures habituelles, agissant par poussées successives, fugaces, apparaissant d'abord en un point, puis dans un autre, pour revenir ensuite au premier.

(1) Charvot. *Revue de chirurgie*, 1890.

PRONOSTIC

Sans admettre que le pronostic des thyroïdites infectieuses soit extrêmement sombre, il n'en est pas moins vrai qu'il doit être réservé. Elles peuvent en effet donner lieu à des accès de suffocation très graves qui pourraient fort bien entraîner des accidents mortels si on n'intervenait pas à temps ; cela s'applique surtout aux cas où le pus fait irruption par les voies aériennes. Lebert a signalé onze morts sur trente-deux cas de thyroïdites suppurées ; l'abcès thyroïdien tuerait donc dans un tiers des cas.

Ce sont peut-être là des proportions un peu exagérées, mais, toutes choses égales d'ailleurs, ces thyroïdites doivent être considérées comme des affections assez sérieuses pour motiver une intervention entendue.

DIAGNOSTIC

Nous ne ferons que mentionner la *congestion*, qui se reconnaîtra surtout à l'absence de fièvre et qui n'est d'ailleurs souvent que le premier degré de l'inflammation.

Parmi les affections étrangères au corps thyroïde et qui, au premier abord, pourraient être confondues avec celle que nous étudions, Duplay signale le *phlegmon rétro-pharyngien*, lorsque le pus, ayant fusé sur les parties latérales du cou, vient s'infiltrer dans le tissu cellulaire qui environne la trachée. En considérant la marche de la maladie, on arrivera le plus souvent à un diagnostic exact.

Un examen attentif permettra également de reconnaître avec facilité l'existence d'une *angine*.

La dyspnée que l'on observe fréquemment pourrait faire croire à une *maladie du larynx*; l'examen laryngoscopique rectifiera bientôt le diagnostic.

Le siège, l'empâtement rapide des tissus avoisinants et de la peau, l'existence d'une lésion de la peau ou d'une muqueuse sur le territoire correspondant feront distinguer une *adénite* cervicale aiguë.

Un diagnostic plus délicat sera celui d'une *laryn-*

gochondrite, mais dans ce cas la tumeur ne suit pas le larynx dans les mouvements de déglutition.

Quand le *phlegmon large du cou* est observé dans la convalescence d'une pneumonie, d'une grippe, d'une typhoïde, il peut être souvent difficile de dire si on a affaire à un véritable phlegmon du cou, ou s'il est lié à une thyroïdite superficielle. Quoi qu'il en soit, ses caractères se distingueront de ceux d'une thyroïdite proprement dite. Dans le phlegmon l'inflammation est plus superficielle, le corps thyroïde ne peut être perçu, l'empâtement est plus diffus, la peau plus rouge, l'œdème plus considérable.

Une *tumeur maligne du corps thyroïde* peut aussi causer quelque embarras, surtout si on a affaire à un sujet déjà un peu âgé. Par sa marche rapide, par la douleur qui l'accompagne, par l'apparition de tuméfactions rouges, bosselées, comme fluctuantes et parfois adhérentes à la peau, on peut hésiter entre une inflammation à marche subaiguë et un cancer. Mais la thyroïdite a une marche plus aiguë que celle du cancer et la suppuration se fait plus rapidement. Dans ces cas difficiles, il faudra tenir grand compte des anamnestiques, s'informer si le malade n'a pas été atteint récemment d'une maladie générale ou infectieuse, typhoïde, pneumonie, grippe, variole, rhumatisme, érysipèle; si le gonflement du cou n'est pas survenu à la suite de couches.

Si quelques doutes subsistent, on n'hésitera pas à faire une ponction exploratrice et à faire l'examen

bactériologique du pus que l'on retirera le plus souvent; le diagnostic sera ainsi assuré.

Cet examen bactériologique prématuré sera d'autant plus utile que quelquefois il fera découvrir la nature non seulement de la thyroïdite, mais encore de la maladie primaire. C'est ainsi que, dans notre dernière observation, nous voyons qu'on a diagnostiqué par l'examen du pus d'un abcès thyroïdien une dothiéntérie qui, sans cela, aurait passé pour un catarrhe intestinal simple.

TRAITEMENT

Le traitement interne peut, dans certaines variétés de thyroïdites infectieuses, avoir une certaine importance. C'est ainsi que le salicylate de soude a une action efficace sur la thyroïdite rhumatismale ; le sulfate de quinine sur la thyroïdite palustre.

Le traitement local doit surtout fixer notre attention.

Quand la thyroïdite est tout à fait au début, au premier stade de l'inflammation, quand elle n'est pas encore suppurée, peut-être l'application de sangsues, de larges onctions d'onguent napolitain belladonné, de compresses humides antiseptiques pourront-elles favoriser la résolution. Nous devons dire que dans la plupart des cas ces moyens abortifs ne réussissent guère et n'empêchent pas la suppuration de se produire. Le chirurgien doit donc intervenir, d'autant plus que souvent les complications que nous avons signalées le forcent à agir rapidement.

Dans ces conditions, quelle ligne de conduite doit-il suivre ? Nous ne conseillons pas de s'en tenir à une fonction aspiratrice simple, comme l'a fait M. Duguet, ou à la ponction suivie d'injection antiseptique, comme le propose Kocher. Le plus souvent ces moyens seront inefficaces, l'intervention doit être

plus considérable. Mais faut-il tomber dans l'excès contraire, faut-il toujours extirper la tumeur en totalité, comme le propose M. Kümmer ? Ce chirurgien préconise en effet dans son mémoire l'extirpation totale du ou des lobes malades dans le cas de strumite. « L'extirpation, dit-il, si possible sans ouverture du kyste, doit être considérée en principe comme le traitement idéal, car elle supprime d'un coup le foyer de la maladie, en mettant ainsi le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récurrence, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement a consisté en une simple incision (1). » Pour lui une autre considération doit encore faire préférer en principe l'extirpation : c'est que l'abcès thyroïdien se développe ordinairement dans une glande hypertrophiée qui est elle-même justiciable de l'extirpation.

Il nous semble que c'est là un mode d'intervention dont il ne faudrait pas abuser. Il n'est d'ailleurs pas exempt de dangers. Indépendamment de la cachexie strumiprive qui pourrait se manifester si toute la glande était extirpée, des accidents d'ordre purement local peuvent se produire. M. Kümmer sectionna sans le vouloir le nerf laryngé inférieur et il en résulta une paralysie de la corde vocale correspondante. La vascularisation de la région, exagérée par le fait même de l'existence de la tumeur, est encore un obstacle dont il faut tenir grand compte ; enfin, le voisinage des gros vaisseaux devra toujours tenir le chirurgien en

(1) Kümmer. *Revue de chirurgie*, 1891.

éveil. Une intervention prématurée ou mal faite pourrait même amener la production d'une médiastinite aiguë à laquelle les malades ne tarderaient pas à succomber.

Ce n'est pas à dire que nous repoussions d'une façon systématique cette cure radicale à la fois et de la thyroïdite et du goitre, mais si on se décide à la faire, il faudra toujours s'inspirer de l'état général du sujet, du volume et de l'étendue de la tumeur, des accidents auxquels sa présence donne lieu.

Pour nous, le traitement de choix consistera en une incision de la région enflammée. On la dirigera de façon à éviter les veines, ce qui sera assez facile grâce à leur turgescence habituelle. Après avoir fait l'incision, une fois que le pus se sera écoulé au dehors, on fera le curettage de la cavité abcédée. Des irrigations antiseptiques viendront nettoyer ensuite le foyer. Un drainage bien soigné et l'application d'un pansement antiseptique seront les derniers temps de l'opération.

Les malades ne tarderont pas à marcher vers la guérison. Mais souvent celle-ci est lente à se faire, et il n'est pas rare qu'une fistule persiste plusieurs semaines après l'intervention. Au bout de quatre à cinq semaines, celle-ci se fermera à son tour et tout rentrera dans l'ordre.

La tuméfaction a persisté encore dans certains cas longtemps après l'intervention ; le plus souvent elle ne tarde pas à disparaître.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le D^r Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux, au Congrès de chirurgie de 1891.)

Thyroïdite à pneumocoques.

Madame L.-F..., âgée de 67 ans, entrée à l'hôpital Laennec le 15 mars 1891 dans le service du docteur Nicaise suppléé par le docteur Gérard Marchant. Elle occupe le lit n° 5 de la salle Chassaignac.

Cette malade porte au niveau de la partie antérieure et latérale droite du cou un gonflement inflammatoire qui motive son admission à Laennec.

Cette femme raconte que vers l'âge de 18 à 20 ans, elle présenta une sorte de goitre qui s'accusait surtout pendant les périodes cataméniales. Mais depuis l'âge de 40 à 50 ans, il n'existait plus rien d'appréciable au niveau de la région cervicale. Ce goitre n'avait jamais d'ailleurs présenté les caractères cliniques du goitre exophtalmique (absence d'exophtalmie, de tremblements et de palpitations). Il y a six semaines, cette malade a été atteinte d'une pneumonie pour laquelle elle a été soignée chez elle ; mais les caractères de la fièvre qu'elle eut à cette époque, l'existence d'un grand frisson, d'un point de côté, de la toux, la durée du mal ne

laissent pas de doute sur la nature de cette affection. Ceci se passait le 9 janvier.

Au commencement de février, c'est-à-dire en pleine convalescence, il se produisait un gonflement au niveau du cou, qui rappelait par son siège le goitre dont nous avons déjà parlé. Progressivement, la tuméfaction a augmenté, des phénomènes douloureux avec irradiation dans la région temporale droite se sont montrés : au commencement de mars, de la rougeur apparaissait au centre de la tuméfaction et le 15 mars la malade entra dans le service.

Nous constatons les phénomènes suivants : à la partie moyenne et latérale du cou, à droite, il existe une tumeur ayant le volume d'une grosse mandarine et soulevant à son niveau la peau de la région cervicale. Celle-ci est altérée dans sa coloration, elle offre une teinte rouge livide, surtout dans la partie culminante de la tumeur, et la face dorsale de la main, appliquée sur cette tuméfaction, révèle une augmentation de la température locale.

A ce niveau, la peau est moins mobile et le travail inflammatoire sous-jacent a déjà immobilisé la peau.

Cette tumeur est fluctuante, dépressible dans sa partie saillante. Plus profondément, elle offre de la dureté, une certaine irrégularité et une fixité remarquable aux parties profondes. Les connexions de cette tuméfaction avec le corps thyroïde sont des plus nettes, car il suffit d'ordonner des mouvements de déglutition pour la voir suivre, dans ses mouvements d'ascension et de descente, l'os hyoïde.

Diagnostic. — Le siège thyroïdien de la tumeur ne laissait aucun doute. La fluctuation localisée et les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnaient, le développement rapide de cette masse faisaient admettre une collection suppurée. Le moment d'apparition de la tumeur après une

pneumonie permettaient même de conclure à une thyroïdite infectieuse. Mais ce diagnostic ne fut porté qu'avec des réserves, en raison d'autres caractères qui nous avaient beaucoup frappé. La fixité de la tumeur aux parties profondes, sa dureté circonferencielle, les douleurs si vives occipito-cervicales qu'accusait la malade, les phénomènes inflammatoires bâtarde qui avaient accompagné son évolution, enfin l'âge de la malade nous inspirèrent quelques doutes et nous firent discuter le diagnostic de néoplasme thyroïdien.

Une ponction exploratrice, faite le 22 mars, ramena du pus. Séance tenante, cette thyroïdite suppurée fut largement incisée.

Il s'écoula une grande quantité de pus verdâtre, qui, recueilli dans un verre à expériences, se sépara rapidement en deux couches, l'une séreuse, superficielle, l'autre épaisse, verdâtre, qui gagna le fond du vase.

Examen bactériologique. -- M. Morax, interne distingué des hôpitaux, attaché au laboratoire de M. Cornil, prit dans la plaie une petite quantité de ce pus avec une pipette stérilisée, l'étala sur des lamelles, tandis qu'une autre partie futensemencée sur du bouillon peptonisé.

En examinant les lamelles, on y trouve les éléments du pus : un coagulum fibrineux et des pneumocoques encapsulés en très grand nombre. A côté de ces pneumocoques, on ne constate pas l'existence d'autres micro-organismes.

Cultures. — Le bouillonensemencé mis à l'étuve à 32° a donné le lendemain une culture abondante, rassemblée à la profondeur du tube. Le bouillon s'est légèrement troublé et décoloré.

Les lamelles faites avec ce bouillon ont fait constater l'existence du pneumocoque de Talamon-Froenkel à l'état pur.

Sur agar-agar la culture a pris en 24 heures l'aspect carac-

téristique des cultures du pneumocoque, c'est-à-dire de petites colonies arrondies, transparentes, ayant l'air de gouttes de rosée à la surface de la gélose.

M. Morax a inoculé également une souris blanche par une injection sous-cutanée de la culture dans le bouillon. La souris est morte trente heures après l'inoculation et il a pu constater dans le sang des pneumocoques en grand nombre.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière.)

Suppuration diffuse de la région thyroïdienne consécutive à la grippe ; Ponction avec aspiration ; Guérison.

Caroline J..., âgée de 35 ans, ménagère, est envoyée le 22 avril 1891 par son médecin, le docteur Jeannin, à M. le docteur Duguet, qui la fait placer dans son service, salle Bernutz, n° 26.

Née dans la Marne, la malade ne présente ni de son côté, ni du côté de ses parents aucun antécédent important.

Elle était d'une santé parfaite, quand, dans la journée du 28 mars dernier, elle fut prise de maux de tête, de frissons et de fièvre. Le lendemain, les mêmes phénomènes persistèrent avec une intensité plus grande et avec une courbature générale et une grande douleur lombaire. Après avoir souffert pendant trois ou quatre jours, la malade fit appeler son médecin, le docteur Jeannin, qui constata chez elle l'existence d'une grippe à forme pulmonaire, avec bronchite généralisée et embarras gastrique. Chaque soir la fièvre était plus vive.

Dix ou douze jours après le début, la malade ressentit des douleurs avec élancements dans la partie gauche du cou, le long du trajet de la jugulaire qui sembla plus grosse ; mais en même temps, toute la région antérieure du cou se mit à augmenter fortement de volume et rapidement au dire de la malade. Toujours est-il que la respiration devint de plus en plus gênée ; les accès de suffocation s'ajoutèrent à la dyspnée devenue de l'orthopnée ; la malade n'eut plus de repos ni jour ni nuit.

C'est dans ces conditions que son médecin l'amena dans le service de M. Duguet le 22 avril, à la visite du matin. M. Duguet constate alors une augmentation considérable, mais régulière, de la région antero-latérale du cou, surtout dans la moitié inférieure, avec empatement général, rappelant bien celui d'un goître diffus, mais douloureux à la pression. Les mouvements de déglutition n'amènent pas, comme dans le goître ordinaire, à soulever cette masse empâtée et diffuse ; ils sont d'ailleurs douloureux.

Les veines superficielles sont fortement tuméfiées et le facies est bleuâtre, comme plombé.

La respiration est très gênée, il y a un véritable cornage résultant de la compression de la trachée.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire est faible avec adjonction de quelques râles sibilants et ronflants.

Température : 39°.

La mensuration du cou donne : en bas, 40 centimètres ; au milieu, 37 ; en haut, 34,5.

Cet état persiste, sans s'aggraver pourtant, du 22 au 26 ; la malade restant assise sur son lit, sommeillant un peu de temps en temps, mais en réalité ne dormant pas et s'alimentant avec quelques tasses de bouillon et de lait.

La fluctuation étant douteuse, M. Duguet pratique, le 26, en avant et à gauche du cou, une ponction exploratrice avec la seringue de Roux ; il retire une certaine quantité de pus sanguinolent, qui, examiné au microscope par son interne, M. de Saint-Germain, très compétent en ces sortes de recherches, est reconnu comme contenant des diplocoques encapsulés, absolument analogues au pneumocoque de Froenkel. Les cultures et les inoculations ont, du reste, parfaitement confirmé les données de cet examen.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire avec une température qui varie de 38° le matin à 39° le soir et une orthopnée ni plus ni moins menaçante.

La diminution de l'empâtement n'ayant pas lieu spontanément, M. Duguet pratique le 30, sur la région antéro-latérale gauche du cou une ponction, et retire avec l'aspirateur cinquante grammes environ de pus sanguinolent. On renouvelle avec ce liquide l'examen qui a été fait précédemment et on obtient de tous points les mêmes résultats.

A partir de ce moment, la fièvre oscille entre 37° le matin et 38° le soir ; la dyspnée diminue, le volume du cou également, le cornage cesse, la malade peut se coucher et dormir couchée, l'appétit renaît. Tout en un mot tend rapidement à rentrer dans l'ordre.

A la date du 20 mai, avant que la malade ne parte pour le Vésinet, on ne provoque plus aucune douleur en pressant sur le cou ; la déglutition est facile aussi bien que la respiration, mais il persiste en bas et en avant un certain empâtement profond, qui donne à penser à l'existence antérieure d'une certaine hypertrophie du corps thyroïde, à l'existence préalable, en un mot, d'un petit goitre à ce niveau.

Ne serait-ce au contraire qu'un reliquat de cette suppuration diffuse et aujourd'hui guérie de la région thyroïdienne ?

La chose est possible, vu que la malade n'avait point remarqué qu'elle eût, antérieurement à cette maladie, un début de goitre.

Il est en tout cas difficile de dire si cette suppuration diffuse et grippale s'est faite primitivement dans le corps thyroïde ou simplement autour de lui, dans la région parathyroïdienne.

(Mensuration du cou à la sortie : en bas, 36 centim., au milieu, 34 centim. ; en haut, 32 centim.)

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Kirmisson, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.)

Thyroïdite suppurée à la suite d'accidents puérpéraux.

La nommée Mongin Amélie, âgée de 32 ans, est entrée le 25 août 1884 à la Pitié, salle Lisfranc, lit n° 21.

Pas d'antécédents héréditaires notables, sauf un frère mort peut être de tuberculose à l'âge de 20 ans.

Pas d'antécédents goitreux dans la famille. Le goitre ne s'observe pas dans le pays natal (Auxonne, Côte-d'Or) de la malade.

Pas d'antécédents personnels, sauf une rougeole dans l'enfance. La santé était habituellement excellente ; la menstruation, en dehors des grossesses, fut toujours normale.

A onze ans, commençait à se développer sur la partie antérieure et médiane du cou une tumeur dont l'accroissement rapide ne s'accompagna d'aucune douleur notable, mais seulement d'un peu de gêne et de tiraillements dans la région

intéressée. Après avoir atteint le volume d'un œuf, la tumeur cessa de s'accroître et demeura stationnaire jusqu'à la première grossesse. A cette époque, la tuméfaction prit progressivement des proportions notablement plus considérables, pour redevenir absolument stationnaire, l'accouchement terminé. Chacune des sept autres grossesses que présenta la malade fut également marquée par un accroissement facilement appréciable de la tumeur.

Comme accident de puerpéralité, il faut signaler une phlegmatia alba dolens localisée à la jambe gauche à la suite du septième accouchement.

Il y a cinq mois, la femme d'ongin accouchait de son huitième enfant. Une hémorrhagie abondante accompagna la délivrance. Quelques jours plus tard, de la fièvre survenait et atteignait d'emblée 40° pour descendre ensuite graduellement et s'éteindre dans l'espace de six jours.

Envoyée au Vésinet, la malade y est prise de frissons et de fièvre qui nécessitent son transfert à l'hôpital Necker. La température s'élève encore à 40°. En outre, la tumeur du cou s'est accrue d'une façon insolite et détermine de la raideur et une gêne considérable des mouvements; elle devient en même temps douloureuse; la malade croit avoir un torticolis.

Les symptômes généraux s'amendant, la fièvre ayant disparu, la malade quitte Necker au bout de trois semaines et rentre chez elle.

Environ sept semaines plus tard, de nouveaux frissons avec de la fièvre et des sueurs survenaient chaque jour dans l'après-midi. De nouveau, la tumeur augmentait de volume et devenait le siège d'élancements douloureux. C'est alors que la malade entre à la Pitié dans le service de M. Kirmisson.

26 août. Actuellement, la tumeur occupe à peu près toute

la hauteur du cou et maintient la tête dans une légère extension. Largement étalée au devant du larynx, auquel elle adhère intimement, elle déborde de chaque côté la région cervicale et ne peut subir que des déplacements latéraux auxquels participe le larynx. La surface est régulière, arrondie ; les téguments rouges, tendus et chauds ; la fluctuation est très nettement appréciable, particulièrement du côté gauche un peu plus développé que du côté opposé. Des battements, isochrones aux pulsations de la carotide, soulèvent la tumeur, au travers de laquelle se transmettent également les bruits carotidiens, qui n'ont pas le caractère de souffles anormaux. Autant que le permet son volume, la tumeur suit les mouvements de déglutition.

Une ponction aspiratrice confirme le diagnostic de kyste suppuré du corps thyroïde posé par M. Kirmisson. 250 gr. de pus extrêmement fétide sont retirés de la tumeur.

La malade continue à avoir de la fièvre et, le 29 août, l'évacuation de la poche purulente est provoquée à l'aide d'un gros drain traversant de part en part la tumeur.

Le pansement est fait avec la gaze de Lister ; des injections phéniquées sont pratiquées dans l'intérieur de la poche ; cette intervention suffit à procurer la guérison qui fut entravée seulement par deux accidents.

Le 13 septembre, il se forma à la partie antérieure du goitre un nouvel abcès communiquant avec le trajet primitif. Cet abcès nécessita une incision et un drainage supplémentaire qui fut supprimé le 20 septembre.

Le 28 octobre, des accidents fébriles violents se manifestèrent, mais ils se terminèrent sans accidents par l'apparition des règles qui se produisit le 3 novembre, après une interruption de six mois.

Finalement, la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la suppuration survenant dans un goitre très ancien, sous l'influence de la septicémie puerpérale; l'intérêt du fait est encore augmenté par l'examen bactériologique, pratiqué par M. Nepveu. Dans le pus se trouvaient des organismes de deux formes, les uns sphériques, les autres, véritables bâtonnets, oblongs, à extrémité arrondie; ils étaient animés de mouvements caractéristiques; quelques-uns étaient associés deux à deux; ils se coloraient facilement par la solution d'aniline fuschinée. Ces organismes, conclut M. Nepveu, sont les dérivés directs de ceux qui ont pénétré dans le sang pendant la septicémie puerpérale. Ils ont trouvé dans la glande thyroïde hypertrophiée et kystique un lieu favorable à leur reproduction et ont ainsi produit les phénomènes de suppuration.

OBSERVATION IV

(*Revue de Chirurgie*, 1891. — Mémoire de MM. Kümmer et Tavel.)

Strumite après accouchement.

M^{me} R..., 31 ans, entrée à l'hôpital Butini le 17 septembre 1890 pour une enflure au cou accompagnée de douleurs qu'elle fait remonter au 15 juillet 1890, date de ses quatrièmes et dernières couches.

Jeune fille, la malade avait déjà le cou gros, et après son mariage, le cou grossissait après chacune de ses couches pour diminuer ensuite.

Après les dernières couches, le cou, au lieu de diminuer augmenta de volume en causant de la dyspnée. Les couches avaient été normales à l'exception d'une hémorrhagie qui se manifesta quelques jours après, mais cessa promptement sans aucun traitement spécial.

Le 22 août dernier, à 2 heures de l'après-midi, la malade fut, sans cause apparente, prise d'un violent frisson qui dura deux heures. Peu après, le cou commença à enfler et à devenir douloureux à la pression, surtout du côté gauche; les douleurs s'irradient jusque derrière l'oreille gauche. L'application de compresses, de pommades calma les douleurs; cependant la malade dont la respiration était très gênée vint nous consulter vers le 15 septembre. Elle ne connaît aucune cause à cette brusque crise survenue le 22 août et dit expressément n'avoir souffert à ce moment ni de diarrhée, ni d'angine, ni de laryngite; elle est convaincue que c'est à ses dernières couches qu'il faut imputer l'affection du cou.

A l'examen, la malade présente les symptômes suivants : le cou est enflé, particulièrement du côté gauche où la peau est infiltrée et légèrement rougeâtre.

Cette tuméfaction monte et descend lors de la déglutition; le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien est soulevé; l'artère carotide gauche déjetée en arrière. La tuméfaction est de consistance dure, sa surface bosselée, douloureuse à la pression; le bord de la tumeur arrive jusqu'au milieu de la hauteur du cartilage thyroïde; il n'est pas possible de palper le pourtour inférieur de la tumeur, même lors de la déglutition. La tumeur plonge derrière la clavicule où elle produit une matité jusqu'au point d'insertion de la deuxième côte.

Du côté droit de la trachée, on sent le lobe droit de la

glande thyroïde de volume à peu près normal, de consistance molle et contenant quelques noyaux plus durs.

Derrière le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien droit, on sent une série de petits noyaux qui pourraient correspondre à des glandes lymphatiques engorgées. A l'inspection du palais, on ne constate rien d'anormal.

L'application de cocaïne n'empêche pas la malade d'être très sensible à l'examen laryngoscopique; on peut cependant constater que la mobilité de la corde vocale gauche est normale. Les poumons, le cœur et l'abdomen ne présentent rien d'anormal. La malade n'a pas de fièvre. Tout porte à croire que l'on a affaire à une strumite développée dans le bord inférieur de la glande thyroïde. La malade n'ayant pas de fièvre, on se contente, durant la première quinzaine de son séjour à l'hôpital, de combattre les symptômes d'inflammation locale par des pommades et des compresses.

Aucune amélioration n'étant survenue, la malade accepte alors notre proposition d'éliminer le foyer purulent par une opération qui eut lieu le 1^{er} octobre 1890.

Narcose au chloroforme; préparations antiseptiques; nous coupons la peau par une incision en forme d'angle. A travers la peau infiltrée, nous atteignons les muscles peaucier, sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien, que nous coupons; nous procédons ensuite à la ligature des vaisseaux thyroïdiens supérieurs. Il s'agit alors de faire basculer hors de la cavité thoracique la tumeur qui y est logée dans sa plus grande étendue, ce qui ne peut se faire qu'au moyen du doigt. Nous lions ensuite les vaisseaux inférieurs, nous les coupons, mais en finissant d'attirer avec un peu de force la tumeur intra-thoracique, nous déchirons une veine dont l'ouverture est fermée immédiatement par un tampon de gaze

stérilisée qui reste en place jusqu'au premier changement de pansement.

Le foyer purulent ayant été ouvert durant l'opération, nous préférons ne pas fermer la plaie que nous remplissons de gaze stérilisée ; par dessus nous plaçons un coussin en laine de bois. Une petite alerte se produisit dans l'après-midi du jour de l'opération. Par le fait de la compression du pansement, la malade eut un accès de suffocation qui obligea la diaconesse à couper le pansement et à enlever quelques tampons superficiels. La température qui, le soir de l'opération, était de 39°4, redevint complètement normale à partir du troisième jour.

Le lendemain de l'opération, on change les tampons contre d'autres imbibés d'une solution de thymol à 1 0/00.

Nous continuâmes le traitement ouvert de la plaie jusqu'à la complète guérison qui arriva sans accident notable.

Complètement guérie, la malade quitte l'hôpital le 3 novembre 1890. Elle se sent considérablement soulagée au point de vue de la respiration. La voix est parfaitement normale et notre malade se distingue dans les petits concerts que les malades du service organisent entre elles.

Immédiatement après l'opération, j'ai remis la tumeur à M. le docteur Tavel.

Voici son rapport sur l'examen bactériologique et histologique :

« La tumeur arrivée à Berne pendant une absence ne put être examinée que le 4 octobre au matin. Elle était du reste en très bon état de conservation grâce à la basse température qui régnait alors et aux précautions prises par le docteur Kümmer pour en faire l'expédition.

Je fais immédiatement des inoculations sur gélatine et sur

Rascol.

agar et des préparations colorées, du pus recueilli à la face interne de l'abcès.

Outre les cellules de pus, on voit avec la méthode Löffler passablement de streptocoques et seulement à quelques places des groupes de bacilles plus ou moins gros et des cristaux d'hématoïdine.

Avec la méthode de Gram Weigert, on voit une très grande quantité de streptocoques en partie mal colorés et déformés, comme c'est le cas dans les vieilles cultures ou dans les abcès de date ancienne.

On voit aussi quelques rares groupes de bacilles épais bien colorés.

Les petits bacilles déjà décrits ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Les cultures sur agar donnerent lieu au développement des trois espèces décrites microscopiquement, mais pas à autre chose, en particulier pas à des staphylocoques.

Les plaques de gélatine furent bientôt liquéfiées.

L'examen histologique fut fait à l'Institut pathologique par M. le professeur Langhaus et le docteur Howald qui étudient actuellement les maladies de la glande thyroïde.

Je traduis leur rapport :

« Goitre colloïde avec alvéoles plus ou moins grands à épithélium aplati, séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif également en dégénérescence colloïde. »

La paroi de l'abcès a une épaisseur moyenne de 1 centimètre. Elle se compose d'un tissu conjonctif pauvre en cellules avec des groupes d'alvéoles colloïdes. Dans le reste du tissu, on voit de nombreux foyers de formes et de grandeurs différentes, composés d'amas de leucocytes à un ou plusieurs noyaux.

Les vaisseaux sont très dilatés.

La face interne est formée par places d'un tissu de granulations friables et comme déchiré.

L'examen bactériologique de la paroi est des plus intéressants.

La face interne de la paroi de l'abcès est presque partout garnie de streptocoques; par endroits on voit aussi des bacilles.

Mais tandis que nulle part on ne voit des bacilles dans l'intérieur du tissu, il est au contraire facile de poursuivre des traînées de streptocoques dans les fentes du tissu et dans les voies lymphatiques. L'infiltration microbienne est surtout forte dans les endroits où le tissu est nécrosé, ainsi que dans les parties où le tissu de granulations a l'aspect déchiqueté déjà décrit.

L'intensité de la coloration des streptocoques d'après la méthode de Gram est très variable.

Dans les foyers isolés de la paroi, on trouve aussi et seulement des streptocoques.

Leur nombre est surtout assez grand dans les foyers où il y a déjà fonte centrale dans l'infiltration cellulaire.

Le petit nombre des bacilles qu'on ne voit qu'en petits groupes à la surface de la préparation; le fait que nulle part dans les foyers isolés on ne peut en trouver, la prédominance des streptocoques, leur disposition dans le tissu et leurs propriétés de coloration peuvent nous faire admettre avec certitude que les bacilles trouvés sont accidentels et ne jouent aucun rôle étiologique dans ce cas-ci, tandis que les streptocoques sont la cause de l'inflammation et de la suppuration du goitre. »

OBSERVATION V (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lannelongue.)

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia droit. Arthrite purulente du genou gauche; Absès de la région thyroïdienne. (Staphylococcus aureus).

Camille Barbier, garçon, âgé de un an, entré le 18 juillet 1890.

Gros rhumes de temps à autre. Rougeole au mois de juin 1890.

Actuellement gourme dans les cheveux; écorchures dans le pli interfessier, derrière l'oreille.

Il y a huit jours, gonflement dans le genou gauche et l'extrémité supérieure de la jambe.

Pas de rougeur de la peau ni d'œdème bien marqué.

Il y a deux jours, douleur à l'extrémité supérieure de la jambe droite, gonflement, œdème, rougeur, etc., tous les signes d'une ostéomyélite.

Opération. — Tibia droit dénudé sur une grande étendue. Trépanation. Pus très abondant dans le canal médullaire.

Articulation du genou gauche, épanchement purulent avec grumeaux. L'articulation communique avec un abcès de la face externe de la jambe. Fusée purulente vers le mollet. On ne trouve pas de dénudation sur la face externe. Drainage. Pas de trépanation du tibia.

Quelques jours après abcès maxillaire. Ostéomyélite du maxillaire inférieur du côté droit.

20 août. Incision d'une collection siégeant au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne.

Examen bactériologique.

18 juillet. Ostéomyélite du tibia droit.

Ensemencement sur gélose — aureus.

— bouillon — trouble.

— gélose sans peptone — strie.

18 juillet. Arthrite du genou gauche.

Ensemencement sur gélose — aureus.

— bouillon — trouble.

— gélose sans peptone — strie.

23 juillet. — gélose avec la gélose du 18 —
aureus.

24 juillet. — gélatine avec la gélose du 23 —
liquéfaction rapide.

23 août. Absès thyroïdien.

Ensemencement sur gélose — aureus.

— bouillon — trouble

— gélose sans peptone — strie
épaisse et taches jaunes à la
surface.

OBSERVATION VI

(*Revue de chirurgie*, 1891. Mémoire de MM. Kümmer et Tavel.)

Strumite typhique.

M^{lle} Lina R..., 26 ans, entre comme cas d'urgence à l'hôpital Butini, à Genève, le 20 octobre 1890. Elle est affectée d'une dyspnée considérable à la suite d'une enflure du cou. Dès l'âge de 12 ans, la malade a eu le cou gros, surtout du côté

droit ; différents onguents et frictions n'amenèrent aucune diminution de ce que la malade considérait comme un goitre. En faisant de gros ouvrages et en montant les escaliers, elle a le souffle court et sent vite une fatigue dans les jambes. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut, sans cause apparente, atteinte de maux de ventre et de diarrhée, attribués par elle à des raisins. Malgré l'emploi de divers médicaments, le dérangement intestinal persévéra, accompagné de fièvre jusqu'à la veille de l'entrée à l'hôpital.

Deux jours après le commencement de ce dérangement, la malade sentit des douleurs dans le côté droit du cou, qui peu à peu enfla considérablement. La douleur s'irradia jusque derrière l'oreille droite ; l'enflure augmenta encore, la peau devint infiltrée, douloureuse à la pression, en même temps que la malade se sentit oppressée, au point de ne plus pouvoir rester étendue sur son lit. Il y a quatre ans, la malade souffrit d'un rhumatisme articulaire aigu, qui guérit complètement sans répercussion du côté du cœur. À part cela, l'état général de la malade a toujours été bon.

La photographie incluse a été prise au moment de l'entrée de la malade : celle-ci a l'air souffrante ; la respiration, 45 ; le pouls, 135 ; la température, 38°3. Le cou est tuméfié, surtout du côté droit ; à cet endroit, la peau d'aspect normal, mobile, est légèrement infiltrée. La pression avec le doigt est douloureuse. Le muscle sterno-mastoidien est soulevé, la carotide déjetée en arrière, on ne peut pas palper l'artère thyroïdienne supérieure ; le larynx est déjeté à gauche, sa ligne médiane se trouve dans le prolongement d'une perpendiculaire partant de l'angle interne de l'œil gauche ; la tuméfaction du côté droit du cou est de consistance dure, partout égale, à surface lisse, la tumeur monte un peu par la déglutition ; du côté gauche du larynx et de la trachée, se

trouve également une tuméfaction, mais de consistance beaucoup plus molle que celle du côté droit et qui n'est point douloureuse à la pression. La voix n'est pas rauque ; à l'inspection du palais, on ne remarque rien d'anormal. Au laryngoscope, on constate une torsion évidente du larynx avec sa partie postérieure à gauche. Les mouvements des cordes vocales sont normaux ; point d'infiltration de la muqueuse. Sur les deux poumons, on entend des râles secs, sur le cœur un bruit systolique, mais pas de signe évident d'un vice du cœur. Nous admettons une strumite du lobe droit de la glande thyroïde et, le lendemain, nous procédons à l'extirpation de ce lobe, de la manière suivante :

Incision cutanée en forme d'angle, le rayon supérieur oblique de haut en bas et de droite à gauche, le rayon inférieur, vertical. On coupe alors le muscle peaucier ainsi que les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, considérablement aplatis et élargis. On prépare les vaisseaux thyroïdiens supérieurs, qu'on coupe entre deux ligatures ; on détache ensuite la paroi postérieure du goitre pour arriver finalement au pôle inférieur où l'artère thyroïdienne inférieure est isolée et coupée entre deux ligatures. A cet endroit, le nerf laryngé inférieur est également isolé sur une étendue de plusieurs centimètres. On constate plus tard que la terminaison du nerf avait été coupée, lors du détachement de la paroi postérieure. Comme il n'existe pas de véritable isthme, on est obligé de faire une ligature en masse derrière laquelle on coupe le lobe droit au thermo-cautère. Il reste du côté gauche de la trachée le lobe gauche de la glande thyroïde passablement tuméfié et un peu plongeant, mais on n'y touche pas, pour ne pas s'exposer au danger de la cachexie strumiprive. La trachée se trouve des deux côtés considérablement aplatie et présente la forme caractéristique de gaine de sabre. La cavité est

désinfectée au sublimé à 1 0/00 et la plaie fermée sans drainage sur toute l'étendue par une suture de soie et recouverte d'un pansement antiseptique.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La température la plus élevée, 38°2, a été observée le soir du lendemain de l'opération. Les fils de soie ont été enlevés le surlendemain de l'opération. Puis le moignon derrière la ligature en masse se nécrose et est expulsé sans fièvre. La malade est maintenant parfaitement guérie. A la suite de la lésion du nerf laryngé inférieur, elle a conservé une paralysie de la corde vocale droite. A l'examen laryngoscopique fait le 2 décembre 1890, on constate que la corde vocale droite se trouve soit pour la phonation, soit pour la respiration, absolument immobile, dans une abduction d'environ 45°. La corde vocale gauche, de son côté, dépasse, lors de la phonation, la ligne médiane pour se rapprocher de la corde paralysée ; les voyelles *a* et *e* sont prononcées sans peine ; la prononciation de l'*i* est encore très difficile. Il est hors de doute qu'au bout de quelques mois la corde vocale gauche saura si bien se rapprocher de la droite, que la phonation sera redevenue normale.

Le kyste suppuré a pu être extirpé sans ouverture quelconque, il a été enveloppé dans un linge imbibé d'une solution de sublimé au 1 0/00 et envoyé à M. le docteur Tavel pour l'examen bactériologique. Voici son rapport :

« La tumeur me parvient le 22 octobre 1890, au matin. Je procède immédiatement à l'examen de la tumeur qui présente deux kystes bien distincts, l'un petit, assez étendu, l'autre plus gros, d'une consistance plus molle.

La tumeur est placée pendant un quart d'heure dans un bain de sublimé acide à 1 0/0. Le kyste le plus résistant est alors cautérisé au fer rouge à sa surface, puis un fin couteau

porté au rouge dans la flamme est plongé rapidement dans le kyste, faisant ainsi une petite ouverture par laquelle s'échappe un liquide sanguinolent brunâtre.

Inoculation immédiate à deux tubes d'agar.

— trois tubes de gélatine, dont deux
liquéfiés qui servent à faire des
plaques.

Tous ces tubes restent absolument stériles. Microscopiquement, le liquide se compose de corpuscules rouges, de cellules épithéliales de grosseur différente et de quelques cellules de granulations. Je ne trouve ni cellules de pus ni microbes, soit par la méthode de Löffler soit par celle de Gram.

Le kyste plus gros est ensuite ponctionné de la même manière; il s'en écoule un liquide jaune paille trouble, mêlé de lamelles de cholestérine déjà visibles à l'œil nu.

Le liquide ne présente aucune odeur et se compose microscopiquement de cellules de pus en grand nombre, de rares globules rouges, de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine. Les cellules de pus présentent en partie une dégénérescence graisseuse prononcée.

Déjà sous coloration, on voit à la goutte pendante de petits bacilles qui ne paraissent pas mobiles. A la coloration, d'après la méthode de Löffler, à la fuschine, d'après la méthode de Ziehl, on voit que ces bacilles sont ou isolés, ou deux par deux, ou en groupes plus ou moins grands. Ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Leur grandeur est assez uniforme. Ils sont deux ou trois fois plus longs que larges, quelques rares exemplaires sont plus longs encore.

Leur largeur moyenne est de 0.8μ .

Rascol.

On obtient les meilleures colorations avec le bleu de Lofler chaud.

L'inoculation pratiquée immédiatement après l'incision du kyste est faite :

A un tube de gélatine en piqûre.

A trois tubes de gélatine liquéfiée dont on réinocule cinq autres tubes de gélatine pour faire des plaques à différents degrés de dilution.

A un tube agar glycériné.

A un tube agar sucré.

A un tube agar ordinaire.

Deux cobayes sont inoculés chacun sous la peau du ventre avec un demi-centimètre cube du liquide kystique.

Dans le tube de gélatine en piqûre, il se développe une culture qui s'étend irrégulièrement à la surface de la gélatine, d'un aspect nacré, blanchâtre, sans bosselures ni dessins concentriques ou radiés. Pas trace de liquéfaction par la suite. Dans la profondeur, le long de la piqûre, il se développe de petites colonies très rapprochées, blanchâtres, sans expansions latérales, sans coloration de la gélatine.

Dans les trois tubes de gélatine liquéfiée inoculés chacun avec une partie du liquide, il se développe plusieurs centaines de colonies qui présentent toutes les mêmes caractères.

Celles de la surface de la gélatine solidifiée, l'éprouvette étant couchée presque horizontalement, sont peu épaisses, à bords irréguliers, frangés ; celles qui se sont développées à l'intérieur de la gélatine sont rondes ou légèrement discoïdes, aucune trace de liquéfaction à la fin de décembre.

Un grand nombre de colonies examinées, montrent toutes le même bacille.

Les plaques de 1^{re}, 2^e et 3^e dilution présentent toutes des colonies identiques.

Sur l'agar le développement est faible dans la piqûre.

A la surface, la colonie s'étend jusqu'aux bords et forme un enduit grisâtre mais pas épais.

Pas trace de développement de gaz.

L'absence de développement de gaz dans l'agar sucré, signe absolument constant de plusieurs bacilles du canal intestinal et en particulier d'un bacille que j'ai déjà rencontré dans un cas de strumite après catarrhe intestinal, me fit supposer que nous avions affaire au bacille d'Eberth.

Il s'agissait donc de faire un diagnostic différentiel qui est toujours long et délicat.

Comme point de comparaison, j'avais à ma disposition, une culture de typhus provenant du professeur C. Frœnkel (Koenigsberg), une culture de bacilles du typhus, trouvés dans un cas précédent de strumite qui sera relaté dans un travail d'ensemble sur ce sujet, et les cultures de deux bacilles analogues, mais non identiques, trouvés dans des cas de strumite après catarrhe intestinal simple.

Notre bacille est très mobile dans les cultures fraîches sur agar, les mouvements sont moins vifs dans les cultures sur gélatine, comme on le voit aussi pour le typhus.

Les bacilles sont moins grands et surtout moins longs dans les cultures sur agar que sur gélatine; ils mesurent de 0.7 à 1 μ de largeur et la longueur est de 2 à trois fois sa largeur dans les cultures sur agar, tandis que sur gélatine quelques filaments atteignent une assez grande longueur.

La coloration ne me permit pas de trouver le moindre caractère différentiel d'avec le typhus.

Des cultures sur pommes de terre présentaient des caractères plus typiques pour nos deux bacilles que pour la culture du typhus, contrôle qui, plusieurs fois, produisit une légère coloration brunâtre de la pomme de terre, particularité

relevée déjà par plusieurs auteurs et relevée encore tout récemment par Babès dans un travail « *Über variabilität et Varietäten du typhus bacillus* ». *Zeitschrift für hygiène*. Bd IX Heft 2, 1890.

La culture sur bouillon présente aussi les caractères ordinaires : trouble diffus avec dépôt au fond de l'éprouvette sans formation de pellicule à la surface, particularité qui me paraît importante à relever eu égard à la fréquence de sa production par beaucoup de bacilles du canal intestinal.

Acidification du bouillon légèrement alcalin, signe relevé par Petruschey, enfin conservation de la couleur jaune clair du bouillon, tandis que beaucoup de bacilles analogues, donnent au bouillon une teinte rougeâtre.

J'ai constaté aussi, d'après la méthode indiquée par Kitasato, que la réaction de l'indol manquait complètement.

La méthode de Vincent ne me donne de bons résultats, ni pour notre bacille, ni pour le typhus de contrôle.

L'inoculation aux souris resta sans effet comme c'est le cas ordinairement pour le typhus.

Chez les deux cobayes inoculés avec le liquide de l'abcès, il se développa des abcès à la place d'inoculation ; ils n'en moururent ni l'un ni l'autre.

La recherche bactériologique de la selle envoyée par le docteur Kümmer et obtenue après la cessation de la diarrhée au moyen d'un purgatif, ne me permet pas de découvrir les colonies de bacilles du typhus ; j'y ai en compensation trouvé des bacilles très analogues mais pas identiques à ceux que j'ai trouvés et décrits autrefois dans un cas de strumite après catarrhe intestinal. Ils n'en diffèrent que par leur moindre mobilité sur agar ; leurs autres caractères et leur action pathogène étant du reste égale.

Immédiatement après l'examen bactériologique, la tumeur

est partagée ; la coupe présente trois parties bien distinctes : le premier kyste ponctionné renferme de la matière colloïde hémorragique brun noir, de consistance gélatineuse. Le kyste enflammé a une paroi d'un demi-centimètre d'épaisseur, de consistance fibreuse, hyperémiee du côté de l'intérieur du kyste.

La face interne du kyste est irrégulière et bosselée, présente des proéminences papilliformes et des excroissances irrégulières fortement vascularisées.

Outre ces deux kystes, on voit sur la coupe quelques noyaux de tissu colloïde, séparés les uns des autres par du tissu glandulaire normal ;

Une des moitiés durcie à l'alcool est examinée au laboratoire d'anatomie pathologique, par M. le professeur Langhaus et le docteur Horvald.

Je traduis ici leur rapport histologique :

« La paroi de l'abcès est formée par le tissu d'un goitre colloïde avec alvéoles plus ou moins grands, renfermant de la matière colloïde.

Entre ces alvéoles, il n'y a que peu de stroma d'aspect normal. A la face interne se trouve une large zone de tissu nécrosé. Là les noyaux se colorant très mal, le tissu renferme beaucoup de leucocytes multinucléaires, on y remarque aussi par endroits beaucoup de vaisseaux très dilatés sans endothélium distinct et remplis de corpuscules rouges. »

Je poursuivis de mon côté l'examen bactériologique de la paroi du kyste abcédé. Dans la couche externe de la paroi du kyste, composé essentiellement de tissu fibreux englobant des îlots de tissu colloïde, on ne trouve nulle part des bacilles ni dans les vaisseaux ni dans les parties présentant de l'infiltration cellulaire. En suivant sous le microscope la face interne de la paroi dont la surface est très irrégulièrement

bosselée, on voit çà et là entre les cellules mal colorées et en grande partie nécrosées des bacilles isolés ou en petits groupes. A différents endroits on voit entre les proéminences papillaires de la paroi des fentes du tissu dans lesquelles se trouvent des groupes plus nombreux de bacilles formant des trainées qu'on peut poursuivre assez avant dans le tissu nécrosé. Il n'est pas partout possible de déterminer la nature du tissu dans lequel se trouvent les bacilles.

La plupart de ces trainées paraissent être dans les fentes lymphatiques qui séparent les canaux glandulaires : par places j'ai pu constater la pénétration des bacilles dans les alvéoles mêmes, à d'autres endroits enfin les bacilles sont dispersés irrégulièrement entre les cellules

Leur grandeur est égale à celle des bacilles trouvés dans le pus. En général les exemplaires isolés sont plus grands que les individus réunis en groupes.

Une grande partie d'entre eux présente un espace clair au milieu. La coloration qui m'a le mieux réussi est le bleu de Löffler à 40° et décoloration avec : acide acétique, un demi pour cent, eau, alcool, huile de cidre, xylol et baume.

Les caractères morphologiques, biologiques et pathogènes du bacille d'Eberth sont si caractéristiques, qu'il ne peut y avoir de doute au sujet du diagnostic, les nombreux bacilles pseudo-typhiques décrits présentant tous des signes distinctifs qu'un examen approfondi ne peut pas méconnaître.

Tantôt c'est la liquéfaction lente, tantôt le manque de mobilité, la coloration de la pomme de terre ou de la gélatine, ou bien des différences de croissance dans le bouillon ou de décoloration de milieux colorés.

Dans l'intestin en particulier, il n'y a pas de bacilles qui puissent être confondus avec celui du typhus, si l'on tient compte des signes de diagnostic différentiel.

D'autre part, ni les cultures, ni l'examen microscopique n'ayant pu faire découvrir d'autres micro-organismes pour expliquer l'inflammation et la suppuration de ce kyste de la glande thyroïde, force nous est d'admettre le rôle étiologique du bacille typhique trouvé.

CONCLUSIONS

Les thyroïdites, ou abcès thyroïdiens, peuvent se développer dans la plupart des infections générales connues.

Depuis déjà longtemps les cliniciens les avaient étudiées, mais ce n'est que depuis ces dernières années qu'on est fixé sur leur étiologie.

Tous les germes pathogènes peuvent les provoquer.

A part certaines formes spéciales de thyroïdites, celles par exemple se développant sous l'influence du rhumatisme ou du paludisme, elles présentent toujours des symptômes et une marche à peu près identiques.

Le traitement de choix est l'incision avec curetage de la cavité de l'abcès, irrigations antiseptiques et drainage.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

